

corteza de pulmón sano. El reconocimiento de las regiones subclaviculares en nuestro enfermo, confirmó lo que atrás había revelado la percusión vertical. Este enfermo siguió sus diversos períodos en el Hospital dejándonos apreciar el avance de la tuberculización de preferencia en el pulmón derecho.

Entre mis discípulos, trivial es ya este modo de percutir y muy á menudo hemos podido cerciorarnos de sus ventajas. Excito sinceramente á mis ilustrados compañeros á que lo empleen como adyuvante de la percusión común y seguro estoy de que como yo, apreciarán su valor en el diagnóstico, así como su importancia en la limitación de ciertos órganos.

México, Marzo 18 de 1891.

DR. D. MEJÍA.

OBSTETRICIA.

Parto pélvico, región incompleta, modo de nalgas.

GL parto tiene sus caracteres particulares, sus peligros tanto para la madre como para el niño, según la región abocada y según el modo como está dispuesta esta región; no será lo mismo un parto por el extremo cefálico extendido ó parto por la cara, que un parto por el extremo cefálico doblado ó parto por el vértice; de la misma manera no será lo mismo un parto por el extremo pélvico cuando éste esté completo que cuando se haya descompletado la región, ya porque los miembros inferiores se hayan desdoblado y caigan en el canal, ya porque aun cuando hayan permanecido dobladas las piernas estén en la extensión sobre los muslos y por tanto los miembros aplicados en toda su longitud sobre el plano esternal del niño. En esta ocasión me voy á ocupar de este último caso que los parteros designan con el nombre de *abocamiento de asiento incompleto, modo de nalgas*.

Lo poco estudiado del asunto me ha decidido á dedicarle mi atención y á entrar en algunas consideraciones, que no dudo en calificar de interesantes, y si en este bosquejo no les doy el debido desarrollo será sin género de duda porque no hay en mí las dotes didácticas que para ello se requieren.

Decía yo que cada parto tiene su sello, su carácter, debido á la forma de la región, al modo de conjugarse de ésta con el canal y que cada uno variaba en los mayores ó menores peligros que acarrea á madre é hijo. Voy pues á entrar en materia y para ello divido mi asunto en:

Primero. Dificultades de este parto.

Segundo. Peligros para la madre.

Tercero. Peligros para el feto, y de esto deduciremos

Cuarto. Reglas prácticas para conducirse en él.

DIFICULTADES.

Puedo sin temor de equivocarme asegurar que el parto cuando se verifica en estas condiciones es lento, hasta el grado de agotar la paciencia del partero y de la paciente y que para verificarse sin intervención manual se necesita vigor extraordinario en las contracciones de la matriz para salvar los obstáculos que hay en la vía genital. Si este parto es pues dilatado y laborioso, si agota á la matriz, si agota la paciencia del asistente, debe sin duda existir una ó varias causas que nos den la razón del fenómeno observado.

Ahora bien, para proceder con método recordemos de una manera rápida que en todo parto la región que se conjuga la primera con el canal, ejecuta un número de movimientos siempre los mismos y que son por orden sucesivo: *diminución de volumen, descenso, rotación interna, desprendimiento y rotación externa.*

Vamos pues á suponer un producto abocado como dejamos dicho y en el cual el sacro se conjugue con la eminencia ibo-pectínea izquierda, ó de otra manera, de una presentación sacro ilíaca izquierda anterior ó 1^a de pelvis. El primer tiempo ó la disminución se hace por dos mecanismos, se amontonan las partes que forman la región urgidas por las contracciones de la matriz que las hace descender en un canal donde no pueden haber holgadamente; y á fin de que el diámetro mayor de la región el bitrocantariano descienda de punta para disminuir las resistencias, el trocater anterior, el izquierdo baja debido á un movimiento que tiene lugar en la columna vertebral encorvándola y que aproxima la cresta ilíaca y el borde costal derechos ó posteriores y que aleja las mismas partes izquierdas ó anteriores; hasta allí no surge dificultad; pero es bueno tener presente que la rodilla tanto del niño como del adulto, es un gínglimo angular que sólo tiene movimientos de flexión y extensión, que nunca puede formar án-

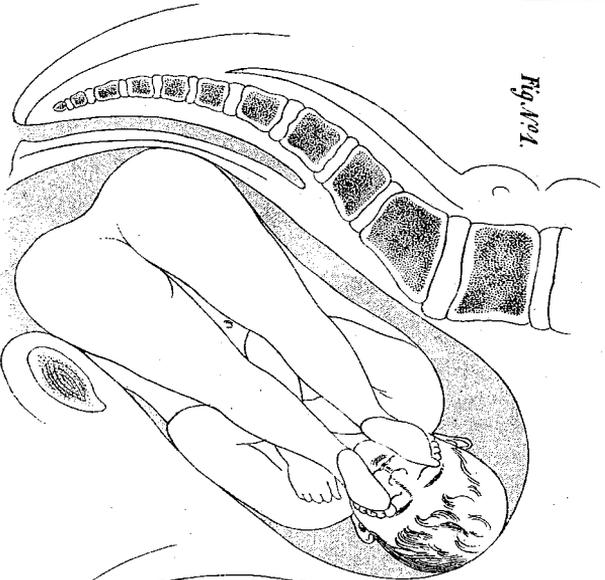


Fig. N° 1

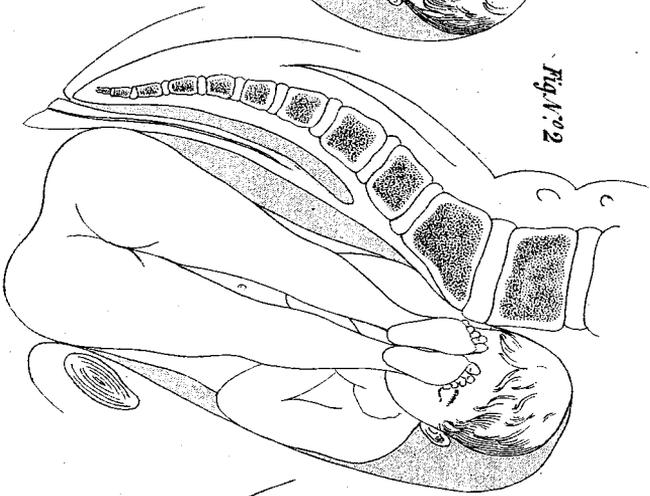


Fig. N° 2

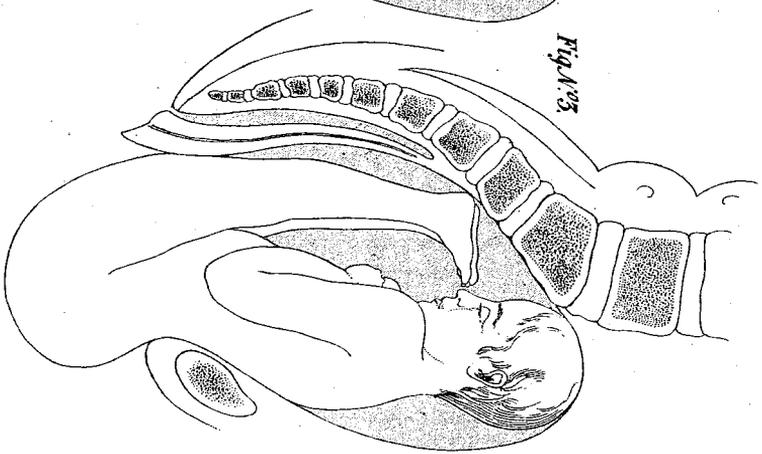


Fig. N° 3

gulos laterales y que el movimiento de extensión se encuentra limitado cuando la pierna y el muslo se ponen en línea recta; con estos antecedentes si procurásemos representar esquemáticamente los miembros inferiores en un parto de estos, diríamos que forman un trapecio cuya base está representada por el diámetro bitrocantero, los lados por los ejes de los miembros y el lado más pequeño por los pies; como los miembros están extendidos contra la pared abdominal y la parte anterior del tórax, y como por la presión sufrida están en contacto uno con otro y son inextensibles ya, pues que han llegado á la línea recta y además son inflexibles hacia los lados, resultará que cuando un miembro se mueva lateralmente empujará á su congénere en el mismo sentido y se moverá el trapecio de que hablo como si fuera un todo en vez de estar formado de tantas piezas movibles. Pues bien, al descender el trocater izquierdo y elevarse el derecho, los miembros se dirigen hacia adelante y en esta situación oblicua los encuentra el movimiento de descenso de que nos vamos á ocupar. (Figura 1.^a)

Desciende el trocater izquierdo y este movimiento es el resultado directo de las contracciones de la matriz, descende, pero al hacerlo gira dicho trocater hasta encontrarse bajo el arco del pubis, gira como en todo parto debido á que los diámetros oblicuos se van estrechando de arriba hacia abajo y los antero-posteriores van ensanchándose en el mismo sentido, las resistencias cada vez mayores que se presentan en los oblicuos y las resistencias cada vez más disminuídas en los antero-posteriores determinan ese movimiento de rotación interna que acabamos de señalar y hasta ese momento las dificultades no han sido sino las comunes en todo parto.

Llegó ya el trocater izquierdo al arco del pubis, ó lo que es lo mismo, á la parte alta y anterior de la puerta de salida y desde aquel momento ese punto se sustrae á la acción de la matriz y para que termine la salida de la región abocada es preciso que el otro extremo del diámetro descienda recorriendo la curva sacro perineal hasta asomar en la parte baja de la vulva; en una palabra, que se verifique el desprendimiento ó cuarto tiempo del parto. Tengo anotado en mis lecciones á las alumnas de esta Escuela que este movimiento es enteramente contrario al primero; así, en el parto por el vértice la disminución se hace por flexión, el desprendimiento por extensión; en el de cara, la disminución por extensión y el desprendimiento por flexión; en los agripinos y en los que se verifica la evolución espontánea, la disminución se hace por flexión lateral de la columna vertebral y el desprendimiento por extensión de la columna y flexión en el sentido opuesto. Aquí por tanto va á descender el trocater derecho que

estaba muy alto respecto del izquierdo hasta que se pongan á la misma altura que será cuando la columna se haya puesto recta; después seguirá descendiendo el derecho y la columna encorvándose en sentido opuesto; y con el movimiento del trocater la parte alta del miembro, que en el caso es el pie, tiene que describir un arco de círculo y arrastrar en su movimiento al otro miembro y llegará un momento en que estas porciones, los pies, choquen contra el promontorio é impidan la continuación del movimiento empezado y entonces el obstáculo se vuelva insuperable ó muy difícil de vencer. (Figura 2ª)

El trapecio de que hablábamos se mueve como un todo y si el ángulo representado por el trocater derecho se dirige hacia adelante, el representado por el pie izquierdo, punto opuesto de la diagonal, se dirigirá hacia atrás y empujará al derecho.

En esos momentos el diámetro bitrocateriano está conjugándose con el antero-posterior del canal y en relación por tanto los lados de los miembros con las partes anterior y posterior de él y es sabido que los miembros son inflexibles en ese sentido. El miembro sólo saldrá longitudinalmente; el empuje en esa dirección determina el choque del trocater contra el perineo y este trocater no puede avanzar hacia adelante por impedírsele el choque de los miembros contra la pared posterior de la pelvis. Se comprende por lo dicho que la naturaleza entregada á sus fuerzas en estos casos logre salvar el obstáculo después de inauditos esfuerzos ó bien que cansada la fibra uterina deje sin concluir el trabajo. Pero no es este seguramente el único obstáculo; supongamos lo que he visto que acontece, que el perineo, la parte más débil ceda, se deja vencer y los pies salvan la parte prominente de la pared posterior y el diámetro bitrocateriano salga de la vulva, aun con todo esto, no han terminado las dificultades. Va á verificarse un movimiento de rotación externa á fin de que los hombros puedan encajarse en el diámetro oblicuo y entonces vuelve el sacro del niño hacia el extremo anterior del oblicuo izquierdo y bajo la rama ascendente del isquiún y descendente del pubis se coloca el segmento lombo-sacro; los pies tienen que venir á desprenderse por la comisura posterior ó muy cerca de ella y para llegar á salir los miembros que son rectos y que no pueden arquearse más porque la extensión llegó á su máximo, obligan á la columna lobar á doblarse, de tal modo, que causa espanto, contra la rama del arco púbico, y ponen en juego su elasticidad arqueándose notablemente y empujan además el perineo á tal grado que parece que va á estallar. (Figura 3ª) Una vez que los pies se han desprendido de la vulva, continúa el

parto con todas las peripecias que acompañan á los de su especie. Pero este tiempo no se verifica tan rápidamente como lo he descrito y el partero puede perder la paciencia y ¡ay de él si sustituye á la lentitud natural el esfuerzo brusco de su mano!

PELIGROS PARA LA MADRE.

¿Qué peligros tiene este parto para la madre? En primer lugar tiene los inconvenientes del parto excesivamente retardado, parto que agota y tras del cual puede venir una hemorragia; puede venir la gangrena del canal y con ellas las fistulas véstico ó uretro-vaginales por compresión prolongadísima del trocater contra la pared anterior de la vagina; puede suceder que el perineo se desgarré y debe ser lo más común, porque con pocos partos se amplía tanto como con éste y si nos vemos urgidos á intervenir en los últimos períodos del parto, entonces este peligro se vuelve inminente.

¿QUE PELIGROS CORRE EL FETO?

Como peligro especial al parto existe uno que no está mencionado, como no está mencionado casi nada de lo relativo á este parto, y es que los fémures pueden fracturarse durante la expulsión de los miembros inferiores. Y no se crea que esto es una exageración; el conflicto es tan grande, se trata de una recta que no puede volverse curva, que le parece á uno que aquello se fractura y si se interviene inoportunamente antes que el perineo dé de sí y éste resiste la tracción, entonces sin duda se fracturan los fémures que están aplicados contra el feto y que tienen por fuerza que encorvarse como él. Se comprende que este parto agripino por lo mismo que es más retardado, le dé al niño menos probabilidades de vida que sus congéneres; pero además de esto debemos hacer notar que si en las otras especies de partos pélvicos el cordón se comprime desde el momento que penetra su inserción abdominal en el canal, aquí se comprime desde antes porque los miembros aprietan el abdomen desde el momento que comienza á entrar la región pélvica en el estrecho superior. El peligro de asfixia comienza pues desde que el parto comienza.

REGLAS.

Ahora bien, ¿cómo debe uno conducirse en casos de esta especie? pues bien, ó llega uno temprano ó llega tarde: como las palabras temprano ó

tarde son relativas, diré que llamo temprano cuando las rodillas no han salvado el estrecho superior y es posible doblarlas para traer el pie al canal; y tarde cuando esta maniobra es imposible. En las líneas anteriores dejo indicado cómo se debe uno conducir cuando se llega á tiempo; es indispensable intervenir manualmente, doblar la rodilla cogiendo el pie por el talón y trayendo después el miembro al canal genital. Esta conducta es de rigor porque le da al niño más probabilidades de vida y da mayores seguridades á la madre aborrándole una gran cantidad de sufrimientos. Pero si tenemos la desgracia de llegar tarde, hecho frecuente debido sin duda á la ignorancia de las partéras, que no se preocupan de estas finuras en el diagnóstico, ni tampoco de la importancia de él, entonces, digo, es preciso observar cuidadosamente la circulación fetal, y si por el mal estado de ella, nos vemos obligados á intervenir es seguro que lo haremos imitando á la naturaleza, engancho por la ingle izquierda para hacerla descender, después la derecha para hacerla recorrer la curva y luego las dos á fin de encorvar la columna vertebral para que se verifique el desprendimiento de los pies; pero no emprendería yo la extracción manual sin advertir á los interesados la posibilidad de la fractura de alguno de los fémures así como de la desgarradura perineal, debiendo tomar para evitar esta última, el mayor número de precauciones.

De todo lo anterior se desprende que este parto es difícil y merece un estudio especial que no se ha hecho; que pone en peligro la vida del feto más que los otros partos pélvicos, por la compresión que sufre el cordón por los miembros aplicados contra el abdomen; que pueden fracturarse en él los miembros abdominales; y que la madre tiene un peligro grande de rotura perineal. Que se debe volver á integrar la región ó descomponerla en sentido contrario, y que si no fuera ya posible hacer esto, solo se debe intentar la extracción cuando el feto corre peligro de asfíxia, advirtiendo siempre la posibilidad de la fractura.

México, Abril 15 de 1891.

F. ZÁRRAGA.
